

THÈSE

457

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

JOSÉ-VIDAL ZAMORA

Né le 28 Mars 1902, à Amatitlan (Guatemala)

*Utilité des Notions Chronologiques
pour le Diagnostic
le Pronostic et le Traitement
de la Syphilis*

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

—
1929

172

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

JOSÉ-VIDAL ZAMORA

Né le 28 Mars 1902, à Amatitlan (Guatemala)

*Utilité des Notions Chronologiques
pour le Diagnostic
le Pronostic et le Traitement
de la Syphilis*

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

• MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

1929

Le Doyen M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Professeur sans chaire	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	3ÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ÉCAILLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

Pharmacologie	MM.
Obstétrique	BUSQUET.
	{ GUENIOT.
Parasitologie	{ LEQUEUX.
Physique	NEVEU-LEMAIRE.
Obstétrique	ZIMMERN.
	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

Clinique chirurgicale.....	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique médicale.....	CHEVASSU.
Clinique obstétricale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale.....	LE LORIER.
Clinique chirurgicale.....	LÉRI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MM.
Stomatologie	MAUCLAIRE, agrég.
Education physique.....	FREY.
Radiologie clinique.....	CHAILLEY-BERT.
Puériculture	LEDoux-LEBARD.
	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

*dont la vie pleine de noblesse et
dévouement, reste pour moi le plus bel
exemple.*

A MA MERE

A MADAME ADELA A. DE ZAMORA

A MES SŒURS :

CRISTINA, RIGINALDA, LAMBERTINI et CLARA

A MES AUTRES SŒURS ET FRERES

A LA MEMOIRE DE MON AMI EMILE TIMSIT

ancien externe des Hôpitaux

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Hommage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CH. LAUBRY

en gratitude de sa haute bienveillance et de ses conseils éclairés.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Stage :

MM. les Professeur : WIDAL (*in memoriam*), DELBET, J. L. FAURE, TEISSIER, JEANSELME, GUILLAIN, SEBILEAU.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR SCHULMANN

qui m'a guidé de ses conseils dans l'élaboration de cette thèse.

I. — VALEUR DU TÉMOIGNAGE DES SYPHILITIQUES

L'interrogatoire d'un malade est l'acte élémentaire de l'instruction du jeune étudiant. C'est à cet exercice que ses maîtres l'initient parallèlement aux premiers tâtonnements de la clinique. Ce premier temps pédagogique est beaucoup plus important, dans bien des cas, qu'on ne le croit. Il faut apporter à ce faire plusieurs qualités qui toutes doivent tendre à un but : gagner la confiance du patient.

L'étudiant doit s'asseoir à côté du malade, éviter que les questions et les réponses puissent être entendues du voisin, une confession est toujours faite plus volontiers à voix basse. Avec méthode, suivant un plan conçu à l'avance, mais qui comporte des variantes pour chaque cas, les antécédents sont

recueillis et notés. Le plus grand calme doit présider à ce travail : il ne faut ni paraître surpris, ni sourire, un air de protestation est blâmable autant qu'une attitude ironique : jamais il ne faut oublier qu'il s'agit d'un malade qui se confie à vous. Tout au plus il est recommandé, sinon d'être aimable, du moins de montrer que vous suivez avec intérêt l'histoire parfois absurde, risible ou invraisemblable qui vous est narrée. Lorsque tout vous a été dit, que vous avez relié le mieux possible entre eux les divers points exposés, vous pouvez, par quelques questions plus précises, tenter d'éclairer ce qui paraît obscur ou contradictoire et mettre en doute — toujours avec modération — ce qui vous a été affirmé.

Ces rapides réflexions s'appliquent d'autant mieux à l'examen clinique d'un malade atteint de syphilis que chez ces malades — ainsi que nous allons en donner quelques exemples — les renseignements fournis par l'interrogatoire sont dans bien des cas du plus haut intérêt.

Les anciens auteurs, ceux du xvi^e et du xvii^e siècle ne voulaient pas à la vérité tenir pour précieux ces données. « *Omnis mendax syphiliticus* », dit un vieil adage latin : tout ce qui touche à la syphilis est mensonge. L'infortuné vérolé est honteux et ne

s'il est pris sur le fait, il dissimule son mal et n'avoue jamais. Aujourd'hui il en est de même encore et bien souvent, il est difficile d'obtenir la vérité. Le patient garde cette opinion, bien ancrée dans le vulgaire, que la syphilis est une maladie honteuse. Comment en serait-il autrement d'une infection contractée neuf fois sur dix par voie génitale ! Là est l'écueil difficile à franchir, d'obtenir du public qu'il considère les affections vénériennes à l'égal des autres affections et ici se pose la question délicate à l'extrême, mais à laquelle tôt ou tard on sera forcé d'arriver de l'éducation sexuelle. Le jour où les relations physiologiques de l'homme et de la femme cesseront d'avoir un caractère mystérieux, et partant impudique, il sera possible de faire accepter à chacun l'éclosion d'une gonorrhée ou d'un chancre comme un incident banal, et, sinon normal, du moins avouable. Il faut reconnaître que, à l'heure actuelle, il serait bien malaisé de faire dans une classe de jeunes filles, un cours de ce genre, mais cela ne veut pas dire que d'ici quelques années, la psychologie humaine évoluant, un tel enseignement ne puisse être réalisé.

Le syphilitique, soumis aux préjugés ancestraux, cache souvent son mal, et s'il se décide à se traiter, ce à quoi il se résout presque toujours aujourd'hui,

il s'écarte du médecin de famille dont il craint, bien à tort, l'indiscrétion, pour s'adresser à quelque praticien souvent suspect, qui ignorera son identité. Plusieurs raisons incitent encore le malade au silence. Il redoute les plaisanteries et les quolibets de camarades stupides, qui oublient qu'eux-mêmes sont probablement menacés du même malheur. La crainte d'une contagion pour l'entourage peut créer de graves ennuis à l'école, au bureau, à l'atelier et, en se taisant, le syphilitique n'en est qu'infiniment plus redoutable, puisqu'aucune des précautions élémentaires ne peut être prise par ses voisins immédiats.

Lorsqu'il s'agit d'un homme ou d'une femme vivant en commun, mariés ou non, le moment devient dramatique : faute d'un aveu, la contamination est certaine, si elle ne s'est pas d'ailleurs réalisée avant la découverte du mal par l'incriminé lui-même. C'est alors une source de discussions où intervient alors parfois la plus insigne mauvaise foi, le coupable souvent ne voulant endosser la responsabilité de son mal : nous verrons plus loin combien, dans ces cas, l'examen soigneux des données chronologiques, jointes à un examen clinique attentif, peuvent — au titre médico-légal — éclairer les faits et faire jaillir la vérité.

Ajoutons à tout ceci le danger de contagé pour les enfants dans les familles nombreuses, où l'un des conjoints veut dissimuler son état. Celui-ci aura beau écouter les conseils médicaux et se méfier des objets qui servent à l'alimentation ou à la toilette, ces soucis demeurent toujours insuffisants si une raison vraiment capitale n'est pas invoquée.

Un dernier point enfin peut encore engager les malades à garder un silence désastreux : leur pusillanimité. Jadis, en souvenance sans doute des anciennes chambres à mercure, on accusait ce remède de nombreux méfaits et en particulier de faire tomber les dents. N'entend-t-on pas encore aujourd'hui les malades, en entendant nommer le *vif argent*, poser la même question. Il est des malheureux qui, pour cette raison invraisemblable, reculent devant l'action thérapeutique et croient le remède pire que le mal. La même réflexion a été faite pour les arsenobenzènes. Les cas de décès après les piqûres de 914 sont très exceptionnels, étant donné la grande généralisation de ce mode curatif, le public — impressionné par la fréquence des petits ennuis qui suivent les injections : vomissements, cyanoses, céphalées, crises d'angoisse, etc. — les croit habituels. De là l'impossibilité à faire accepter les arsenobenzènes sous leur vrai nom à quelques

timorés et aussi pour d'autres la décision de ne pas avouer leur vérole pour éviter ces dangers vraiment imaginaires.

Il est d'aucuns sujets que rebute les simples piqûres et qui, sachant ce qui les attend chez un médecin, vont demander le secours d'un pharmacien. Ils obtiennent sur leur insistance des pilules, dont l'action est insuffisante et dont ils abandonnent bien vite l'usage. Un pauvre cordonnier des environs de Paris, que nous avons vu à la clinique de l'Hôpital Saint-Louis, avait eu en 1912, un chancre du fourreau. Après bien des hésitations, il le montra à un herboriste, qui, honnêtement, lui conseilla d'aller à l'hospice le plus voisin se faire faire des piqûres. Notre homme, apeuré, implora un traitement par voie interne, disant qu'il serait toujours temps de se faire appliquer une cure intra-musculaire ou intra-veineuse, il se fit remettre des pilules de Dupuytren, dont il usa six mois durant. Tout se passa bien. Aujourd'hui, il est tabétique, peut à peine marcher et se reproche hélas, son absention, dû à la terreur des injections.

Ainsi s'explique bien mal le silence d'un certain nombre de patients, mais il faut avouer qu'on ne saurait admettre dans tous les cas la mauvaise foi humaine et il arrive, à maintes reprises, que la

syphilis est passée inaperçue. En toute franchise, il est impossible au malade de la déceler dans son passé et on ne peut retrouver le chancre initial dans les commémoratifs. Quelle explication peut-on donner de cette lacune dans l'observation, en mettant bien entendu à part l'hypothèse d'une contamination héréditaire.

Le chancre a pu passer réellement inaperçu. Surtout chez la femme, enfoui dans les replis utéro-vaginaux, sur le col, rien n'a pu annoncer sa réalité.

Chez l'homme, le chancre du canal est souvent pris pour une gonococcie et certains syphilomes nains de la langue peuvent simuler une lésion absolument banale. Audry pense d'ailleurs qu'il existe des chancres microscopiques, décelables seulement par l'histologie.

D'autres fois, l'accident primaire remonte à de nombreuses années, comment demander à un malade de se souvenir après 10 ans et plus d'une écorchure banale, dont la guérison a été rapide et qui est disparue sans incident à ses yeux. Nous souvenons-nous d'un panaris vieux de quelques années, si un fait précis et parallèle ne fixe pas notre mémoire, d'autant que le psychisme de chacun est différent, autant que la puissance du souvenir.

Il ne faut donc pas voir dans tout syphilitique

ancien qui nie son chancre et ignore son mal, un simulateur, il peut être d'une parfaite bonne foi. Il peut l'être encore si son infection a débuté sans syphilis primaire. On a longtemps nié la possibilité d'une vérole d'emblée. On est toujours puni à l'endroit où l'on a péché, écrivait humoristiquement Ricord. Aujourd'hui, la clinique et l'expérimentation sont d'accord pour revenir sur ce jugement trop absolu du passé. Dans un mémoire récent, Schulmann (1) a repris cette question et il semble bien, d'après lui, que cette forme évolutive est sinon fréquente, du moins non exceptionnelle. C'est là un problème d'un intérêt majeur, car il soulève de nombreux débats d'ordre thérapeutique, en particulier sur la conduite à tenir en face d'une réaction de Wassermann monosymptomatique.

L'interrogatoire du syphilitique, qu'il précède ou non l'examen somatique, sera donc un corollaire essentiel de l'étude clinique. Pour qu'il soit fructueux, nous le répétons, il devra donc être tenté en toute confiance, en considérant un peu le sujet comme un frère malheureux, avec une mentalité d'apôtre. Souvent, nous avons réussi là où d'autres plus brusques, plus pressés d'arriver à leurs fins,

(1) E. Schulmann, *La Syphilis sans chancre. Pratique Médicale Française*, octobre 1929, p. 393.

avaient échoué. Mais si, malgré une douce mais persévérante insistance, le patient ne fournit aucun commémoratif satisfaisant, il ne faut pas oublier — conséquence de ce que nous avons dit plus haut — qu'il est après tout bien possible qu'il soit sincère : soit qu'il n'ait pas vu son chancre, soit qu'il l'ait oublié, soit circonstance beaucoup plus exceptionnelle qu'il ait eu une forme décapitée, sans syphilis primaire.

II

IMPORTANCE DES DATES POUR LE DIAGNOSTIC DU CHANCRE

Il est d'usage de s'enquérir du début d'une maladie, on a ainsi assez exactement compté le temps d'incubation des diverses fièvres éruptives, on sait avec assez de précision le temps nécessaire pour qu'une rougeole, une scarlatine, une fièvre typhoïde, une variole se manifeste cliniquement, mais ce n'est pas ces délais que guette le praticien, c'est un symptôme plus objectif : un catarrhe oculo-nasal, une angine, une céphalée croissante, une inquiétante rachialgie. En matière de vérole, il n'existe en principe rien avant le chancre, sinon, dans des cas exceptionnels, une adénopathie plus ou moins nette, les délais qui s'écoulent entre le moment fâcheux de l'infection et l'apparition du syphilome primaire prennent donc une importance indéniable et le médecin averti peut en tirer grand parti.

La durée silencieuse de la syphilis est, en moyenne, de 3 à 5 semaines, d'environ 25 à 40 jours, mais c'est là une mesure très variable en excès ou en défaut. Dans certains cas, le chancre est précoce et apparaît au bout de 20 et même de 15 jours, et dans des observations rarissimes, 10 jours après le coït fatal. Inversement, l'incubation peut être traînante à l'extrême, atteindre 2 mois et même 3 mois dans deux cas de Thibierge. Mais ces chiffres excessifs sont, disons-le, exceptionnels et en pratique on doit tenir pour valable une durée muette de 20 à 35 jours.

Peut-on expliquer cette grande variation de la durée de l'incubation, si précise dans la plupart des maladies infectieuses banales ? Plusieurs hypothèses, étayées par l'enseignement de l'expérimentation, ont été apportées. Neisser a noté chez le singe l'influence de la quantité de virus inoculé, Finger et Landsteiner, au contraire, incriminent la virulence de la souche parasitaire. Dans des expériences toutes récentes, Pearce et Brown ont montré que sans érosion de la muqueuse par simple dépôt sur l'épithélium d'un liquide riche en tréponème, le lapin était infecté et que, dans cette inoculation, sans porte d'entrée apparente, le temps d'incubation était allongé d'une durée importante. Cette dernière

hypothèse est confirmée par des faits cliniques Sabouraud (1) écrit que, lorsqu'il existe une vaste place d'inoculation, la période de latence est très raccourcie, voici trois cas que donne cet auteur :

1° Une femme est mariée à un homme ayant des syphilides secondaires de la verge. L'hymen présente trois déchirures. Dès le septième et surtout le huitième jour, on pouvait prévoir où serait situé le chancre. Tout médecin l'aurait diagnostiqué au douzième jour.

2° Une femme est atteinte d'un eczéma fissuraire du sein. Neuf jours après la succion du mamelon un chancre paraît probable, il est certain et accompagné d'une adénopathie du douzième au treizième jour.

3° Un médecin, dont l'index droit est recouvert d'eczéma fissuré, sectionne l'hymen d'une femme atteinte de plaques muqueuses vulvaires. Huit jours après l'opération, il existe un chancre manifeste du doigt.

Dans la pratique courante, nous nous en rapporterons aux chiffres classiques, mais disons aussi, avant d'apporter des exemples, que, pour avoir une

(1) Sabouraud, *Entretiens dermatologiques*, I, 1922, p. 172.

valeur quelconque, les observations doivent avoir pour sujets des individus dont la vie sexuelle est bien réglée. C'est ce qui arrive pour un mari ou une femme qui, tout à fait exceptionnellement, donnent un coup de canif dans le contrat conjugal : l'aventure accidentelle porte une date précise. Ce peut être encore le cas du marin qui atterrit, du paysan qui vient mensuellement à la ville cueillir un plaisir dont il est privé aux champs. Il faut ainsi ne pas tenir compte de l'individu dont les épanchements sexuels sont aussi nombreux que variés. Combien de fois, durant la guerre, dans la zone des étapes, les médecins des centres vénériens ont-ils été plongés dans de terribles embarras pour dépister une femme contagieuse : il arrivait que des militaires, le plus souvent des gradés, avaient dans l'ardeur du repos bien gagné, des rapports bi-quotidiens avec des partenaires différentes. Il fallut un jour, à un de mes maîtres, examiner successivement dix-sept femmes pour arriver au foyer des spirochètes incriminés. La difficulté est d'autant plus grande dans ces cas que les malades ne veulent pas comprendre que l'imprégnation parasitaire est vieille de plus de deux semaines et ils s'acharnent à accuser d'ordinaire une innocente tenue par eux pour suspecte pour une cause tout à fait accessoire.

Nous donnons ici une série de cas, très résumés, inédits et dus à l'obligeance de notre maître, le Docteur Schulmann, où l'étude des commémoratifs permis de préjuger du diagnostic.

Observ. 1. — Bel. Georges, 27 ans. Exulcération rosée légèrement suintante du gland, non indurée, pleiade ganglionnaire non douloureuse, mobile. Un examen fait en ville n'a pas montré, la veille, de tréponème. Le malade, ingénieur agricole, célibataire, dit avoir eu depuis 6 mois un seul rapport il y a 3 semaines. Nous basant sur ce fait, malgré l'absence d'induration et l'absence de tréponème, nous croyons à la syphilis. Un pansement humide est mis sur la plaie et un nouvel examen à l'ultra, fait le lendemain à la clinique, est positif.

Observ. 2. — Dub. Georges, 20 ans. Ulcération peu profonde du sillon balano prépuce, induration douteuse, pleiade ganglionnaire un peu sensible. Pas de tréponèmes à l'examen ultra microscopique. L'aspect objectif du chancre qui est propre, serait plutôt favorable à l'hypothèse de syphilis. Ce jeune homme, élève d'une grande école, est rentré de vacances depuis peu, il n'a eu aucun rapport pendant trois mois et a été il y a quatre jours seulement dans une maison publique. Le tréponème recherché

le lendemain est absent, mais la plaie se modifie et un bubon apparaît comme signature du bacille de Ducrey.

Observ. 3. — Lot... Adèle, 27 ans, modiste, mariée à un capitaine au long cours, a eu des relations durant une absence de son mari et vient consulter pour une ulcération superficielle très légèrement indurée de la petite lèvre du côté droit, ganglions bilatéraux sans caractères. Cette jeune femme n'a eu son dernier coït que un mois auparavant exactement. Nous diagnostiquons une lésion spécifique, qui est confirmée par l'examen ultra microscopique.

Observ. 4. — Dep... André, 31 ans, nous est adressé par son médecin avec le diagnostic d'herpès suspect (?). Ulcération minime, légèrement suintante, rosée, à contours un peu polycycliques, le malade s'est lavé au sublimé, ce qui rend la recherche illusoire, quelques ganglions bilatéraux sans grands caractères. Le sujet a eu, dans un port de l'Ouest, il y a trois semaines, des rapports très suspects avec une professionnelle. Nous faisons pour cette raison plus que pour l'aspect objectif le diagnostic du chancre induré au début. La constatation du trépo-

nème, deux jours plus tard, nous confirme notre opinion.

Observ. 5. — Pel... Jacques, 25 ans, externe des hôpitaux, s'est blessé au cours d'un coït et s'est cautérisé le lendemain avec une solution de nitrate d'argent au centième à plusieurs reprises. Il vient nous voir trois jours plus tard avec une belle lésion exulcérée, rose, légèrement suintante et nettement indurée. Pas de ganglions. Le jeune confrère nous dit n'avoir eu aucun rapport depuis trois mois. Trois jours ou trois mois nous paraissent anormaux comme date de contagion pour une vérole. La lésion ne ressemble en rien à une chancelle. Le sujet est examiné pendant trois mois, deux fois par semaine, des Wassermann ont été faits pendant six mois, toujours négatifs. Il s'agit d'une blessure modifiée par le nitrate d'argent, simple chancre artificiel.

On voit d'après ces quelques cas l'intérêt des commémoratifs, ainsi que nous l'avons dit. La dernière observation est surtout intéressante, elle a permis, malgré le caractère impressionnant d'induration, d'éliminer *a priori* la syphilis pour cause d'impossibilité horaire de contagion.

Le professeur Jeanselme (1), qui a jadis étudié ce problème des données numériques et chronologiques au cours de la syphilis, a cherché aussi à séparer la chancrelle du chancre spécifique. Voici ce qu'il écrit :

« Dans le cas où les deux inoculations sont contemporaines, la première manifestation apparaît, deux à quatre jours après le coït, sous l'aspect d'un chancre mou. Plus tard, la base de l'ulcération chancrelle peut s'indurer. Mais, très souvent, l'existence du chancre syphilitique, masquée par le chancre mou, ne peut être que soupçonnée. La recherche du tréponème dans l'ulcération est laborieuse et souvent stérile. L'examen de la sérosité qui s'écoule des scarifications faites sur le versant externe des bords de la plaie chancreuse est souvent négative. Alors, que faire ? On en est réduit à demander la solution du diagnostic à la réaction de Wassermann. Mais à quelle époque convient-il de la pratiquer ? Dans l'hypothèse d'une infection conjuguée chancrello-syphilitique, la réaction ne devra être recherchée qu'à l'époque où l'accident initial présumé serait parvenu au quatorzième jour, et durant la

(1) P. Jeanselme. Quelles sont les données numériques et chronologiques dont le clinicien doit faire état pour établir le diagnostic et la conduite du traitement de la syphilis. *Pratique Médicale Française*, juin 1924, p. 475-480.

période qui s'étend du quinzième au vingt-cinquième jour.

Ceci étant, je suppose que le sujet porte un chancre mou depuis cinq jours : l'infection date donc de sept à neuf jours au maximum. Dans cette hypothèse, il n'y a pas lieu de faire la réaction de Wassermann, puisque l'infection syphilitique, si elle existe, serait en période d'incubation et qu'à cette époque la réaction est constamment négative.

Autre cas : Le sujet est au vingtième jour d'un chancre mou. La contamination syphilitique remonterait donc tout au plus à vingt-deux ou vingt-quatre jours : c'est-à-dire que le chancre infectant, s'il existe, serait à l'état naissant. Or, à cette époque, la réaction est encore négative.

Troisième cas : L'ulcération chancrelleuse est au trente-cinquième jour. La situation est bien différente. Si l'on attribue une durée moyenne de vingt jours à l'incubation de la syphilis, le chancre infectant présumé serait au dix-septième ou au dix-huitième jour. Or c'est du quinzième au vingtième jour après l'apparition du chancre que la réaction de Wassermann se manifeste. Elle doit donc être recherchée dès le trente-cinquième jour d'une chancrelle ; *a fortiori* au quarantième ou au quarante-cinquième jour.

« Mais, passé cinquante-cinq à soixante jours après le début du chancre mou, si la réaction est négative, on peut assurer que l'infection est simple et rejeter l'hypothèse de syphilis concomitante.

« Donc, règle pratique, faire des réactions rapprochées pendant la période comprise entre le trente-cinquième jour et le cinquante-cinquième jour.

« Pour le calcul, il vaut mieux partir du début du chancre mou que de la date de la contamination ; car les souvenirs du malade, à cet égard, sont souvent infidèles. »

Il ne faut évidemment pas exagérer la valeur de ces recherches : c'est un appoint parfois précieux au diagnostic, mais disons-le bien haut, il ne saurait faire négliger ni un examen soigneux de la lésion, ni les renseignements définitifs fournis par le microscope.

III

ERREURS CHRONOLOGIQUES A NE PAS COMMETTRE

Le médecin doit bien connaître ici, avant tout, l'existence des roséoles tardives, appelées par Fournier roséoles de retour. Très tardivement, des années après le chancre, vingt-quatre ans plus tard dans une observation du Professeur Jeanselme, apparut l'éruption secondaire, en même temps d'ailleurs que des plaques érosives contenant des tréponèmes.

Ici l'écueil est avant tout de ne pas écarter le diagnostic de vérole sous prétexte que le patient l'a déjà eue et de songer au caractère habituellement contagieux des accidents. Cette éruption tardive a d'ailleurs une allure un peu spéciale : elle est beaucoup moins floride que la première éruption, dis-

crète, localisée, elle est même parfois rudimentaire. Les éléments sont plus pâles, moins concluants, ils peuvent se borner à quinze ou vingt taches disséminées çà et là sur le tronc, d'un rose pâle ou légèrement teinté de violet clair, sans contours précis, souvent fondues sur la peau saine. Les groupements se font plus volontiers sur le mode circiné que sur le mode annulaire et le diamètre des taches peut être considérable de 2 à 5 centimètres.

Exceptionnellement, ces roséoles attardées peuvent être abondantes, profuses même, donner lieu à de nombreuses macules qui se juxtaposent de manière à dessiner sur les flancs, la poitrine, le ventre, des fragments de courbe, des huit de chiffre, qui peuvent même gagner le dos, les bras, les cuisses en anneaux complets ou brisés, en circinations avec plus ou moins de fantaisie.

La première pensée du médecin, peu averti en syphiligraphie, en face d'une telle éruption, est de penser à une cause interne et il recherchera soigneusement aspirine, pyramidon, salicylate, voire même santal ou copahu pour se rabattre, s'il ne trouve aucun médicament récemment ingéré à incriminer, sur une étiologie toxi-alimentaire. Il importe donc de ne pas oublier le temps parfois considérable qui s'écoule entre le chancre et la

roséole et la possibilité de roséoles redoublées. Il s'agit toujours dans ces cas de malades insuffisamment soignés, chez lesquels le secundarisme, un moment dompté, reparaît à nouveau : c'est dire le danger très grave de contamination de la part d'anciens syphilitiques qui sont bien persuadés qu'ils n'offrent plus aucun danger. La roséole de retour peut s'accompagner de lésions muqueuses érosives où fourmillent le tréponème. Il est de toute urgence d'employer à nouveau le traitement d'attaque.

Le Professeur Jeanselme (1) insiste aussi à propos des interprétations chronologiques sur l'imprudence à conclure que le syphilis tertiaire est dépourvu de toute virulence. S'il est vrai qu'il est inhabituel de trouver dans les lésions le parasite infectant, le cas existe et malheureusement les cas de contamination au cours du tertiarisme ne sont pas des raretés absolues, on en trouve des faits épars dans les auteurs, chez Fournier, chez Mauriac et chaque année dans les revues spéciales.

(1) E. Jeanselme, *loco. cit.*, p. 477.

IV

IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE DES RENSEIGNEMENTS CHRONOLOGIQUES

Les conditions dans lesquelles peut être contractée la syphilis justifient les récriminations de l'individu contaminé dans bien des cas, il s'en suit tout une série de cas, dits médico-légaux, où la justice peut intervenir pour dire s'il y a eu dommage causé et s'il y a lieu à indemnité. Les difficultés sont souvent très grandes pour établir les responsabilités, le plus souvent les deux conjoints, devenus adversaires, atteints tous deux par le tréponème, cherchent l'un et l'autre à établir qu'ils sont la victime et non le coupable. De ces discussions ne jaillit pas toujours la lumière, chacun y met le plus de mauvaise foi

possible et le médecin-légiste peut être plongé dans un cruel et légitime embarras. C'est parfois une affaire de chantage qui intervient et qui complique encore le problème.

Il est des cas où en présence d'accidents en pleine évolution il n'est guère possible de se faire une opinion : deux cas de syphilis peuvent ne pas évoluer simultanément et avec le même rythme l'une et l'autre. Un malade peut avoir un accident primaire avec une réaction de Wassermann positive, un autre une roséole et des plaques muqueuses sans qu'on puisse affirmer en toute certitude que le second ait infecté le premier. Il existe à coup sûr des présomptions, mais le tréponème n'agissant pas d'une allure égale chez chacun, le médecin-légiste ne peut conserver qu'une conviction muette.

Il existe des expertises où les conclusions ne sont pas douteuses. Sans parler de la contagion au cours d'accidents tertiaires exceptionnels, un malade porteur d'une syphilide pigmentaire marquée, de plaques muqueuses, opposé à un autre atteint d'un chancre, même avec réaction de Wassermann positive, ne peut invoquer la contagiosité du second qui est, de toute évidence, sa victime.

De même un malade atteint d'un chancre induré, dont la réaction de Wassermann n'est pas encore

positive, est sûrement la victime d'un partenaire atteint d'accidents secondaires déclarés: roséole ou plaques muqueuses. Nous savons bien qu'on a signalé des cas exceptionnels où la période négative est prolongée à l'extrême, mais presque toujours la période réserologique prend fin vers la troisième semaine.

Un autre appoint peut souvent aider à confondre l'auteur de l'infection conjugal un document écrit: ordonnance de médecin, fiche d'hôpital, résultat d'un examen microscopique ou d'une réaction de Wassermann. Ceci apporte parfois au médecin-légiste une pierre d'achoppement à sa conviction. Un malade déclare que son chancre remonte à un mois ou six semaines, alors que la femme a la roséole, cette dernière a pu trouver des fiches hospitalières montrant qu'il y a trois mois le mari subissait à Saint-Louis des injections de novarsenobenzol : la mauvaise foi est établie et elle fait inévitablement effet sur le jugement d'expertise.

Nous donnons ci-après quelques observations cliniques pour justifier l'importance des données chronologiques dans les discussions de ce genre.

Le Professeur Jeanselme a vu un jeune couple qui se présentait au dispensaire de la Clinique. La femme, une jeune fille de seize ans, accusait son

« fiancé » de l'avoir déflorée, *quinze jours* auparavant et de lui avoir donné la syphilis. Or, ladite jeune fille était couverte d'une roséole floride et portait des plaques muqueuses vulvaires : elle était donc en pleine période secondaire et sa réaction de Wassermann était fortement positive. Le jeune homme se prêta de la meilleure grâce du monde à l'examen. Je ne relevai sur lui aucune manifestation syphilitique de la peau et des muqueuses. Il ne portait pas de cicatrice indurée à la verge ; il n'ait tout accident antérieur et sa réaction était totalement négative. En conséquence, cet homme ne pouvait pas avoir contaminé la jeune fille, mais il pouvait fort bien avoir été infecté par elle et il fut mis en observation. Devant l'évidence, l'accusatrice confondue finit par avouer qu'elle avait accordé, quelques semaines auparavant, ses faveurs à des amants de passage.

Notre maître, le Docteur Schulmann, nous a donné les deux observations inédites suivantes, l'une suivie à Saint-Louis, l'autre en clientèle.

Observ. 6. — A la consultation du matin de l'hôpital Saint-Louis, se présente le ménage L..., 32 et 27 ans, gens modestes, qui viennent nous prier de les examiner et qui vivement se rejettent l'un sur

l'autre la responsabilité d'une contagion vénérienne. Nous les examinons séparément.

La jeune femme présente une légère roséole thoraco-abdominale, peu intense, à petits éléments, des ganglions nombreux aux aines, à la nuque, une angine très rouge probablement spécifique, elle a fait faire une réaction de Wassermann qui s'est montrée positive à l'Institut Pasteur. Elle se lamente, nous affirme son honnêteté, semble sincère. On ne trouve pas de traces de la porte d'entrée, ni à l'examen gynécologique, ni dans la bouche.

Le mari, examiné isolément, accuse aussi sa femme, mais nous semble moins à son aise. Il porte des traces d'un chancre balano-préputial cicatrisé, une grosse adénopathie indolore à droite, des plaques muqueuses buccales et génitales une roséole qui s'éteint, mais qui a dû être floride.

Il nous raconte que son chancre s'est cicatrisé tout récemment, qu'il n'est malade que depuis cinq semaines, il était d'ailleurs auparavant parti pendant un mois en voyage (il est voyageur de commerce) et il n'affirme n'avoir eu aucun rapport en dehors de chez lui. Il accuse sa femme de l'avoir trompé durant son absence et de l'avoir infecté. Il nous donne — lorsque nous l'interrogeons sur le traitement qu'il a suivi — une ordonnance de pilu-

les de Dupuytren datée de 38 jours et dont l'en-tête est arrachée. Malheureusement pour lui persiste le cachet du pharmacien timbré de Saintes. Nous mettons le malade en présence des contradictions de son récit et, sur notre promesse d'arranger les choses avec sa femme, il nous avoue qu'il a attrapé un chancre au cours d'un rapport extra-conjugal il y a trois mois et qu'il est parti pour éviter de contaminer sa femme. Le malheureux se lamente et nous supplie de ne pas l'accuser. Nous avons tant bien que mal arrangé les choses en laissant planer une incertitude propice et en concluant qu'une seule chose s'imposait, l'urgence d'un traitement qui a été institué séance tenante.

Observ. 7. — Odette G..., jeune femme de 27 ans, sœur d'une cliente, vient demander avis pour une cephalée à prédominance nocturne qui dure depuis cinq jours et par une perte de cheveux (tendance à l'alopécée en clairière). Nous présageons une explication difficile, et, après de longs préambules, nous procédons à un examen intime qui permet de voir plusieurs plaques hypertrophiques vulvaires. M^{me} G. est mariée depuis cinq ans à un avocat et n'a pas d'enfants. Timidement nous commençons par indiquer la contagion possible par du linge ou des

objets de toilette, au cours d'un voyage récent par exemple. Notre cliente marque une surprise, mais infiniment moins grande que nous le pensions, elle discute la vraisemblance de ce mode d'infection, certain selon elle et quand nous demandons à voir le mari, elle nous déclare qu'effectivement ce dernier doit avoir depuis quelques jours une écorchure sur le gland. Elle nous quitte en prenant un rendez-vous pour son époux, se lamentant encore sur un malheur, dû à du linge souillé à coup sûr, car elle avait remarqué la malpropreté de son hôtel.

Le lendemain, le mari vient à notre cabinet, il a depuis six jours un superbe chancre induré, il n'avait pas encore consulté, n'ayant eu aucun rapport extra-conjugal, il était à mille lieux de soupçonner ce qui lui arrive ; très confiant en sa femme, il accepte, après de longues considérations de notre part, assez bien l'explication donnée plus haut.

Ici la chronologie permettait de toute évidence de faire la preuve de la priorité de l'infection féminine. Ajoutons, sinon pour la moralité, du moins pour la justification de l'histoire, que la jeune femme, mise en confiance par notre attitude et devant notre incrédulité absolue de la possibilité d'une contagion indirecte, nous a fait des aveux confirmatifs. Elle a eu il y a cinq mois, des relations à

plusieurs reprises avec un « danseur mondain » et dès qu'elle s'est aperçue qu'elle avait quelque chose, elle s'est empressée de partir en voyage. Son mari est venu la rejoindre au bout de six semaines et c'est à ce moment que, n'osant refuser ses faveurs, elle l'a contaminé.

Cette dernière observation est bien éloquente, elle permettait, même sans les aveux féminins, de condamner la femme et d'affirmer que c'est l'homme qui ici était la victime. Il faut, disons-le ici pour conclure, au cours de ces confrontations, ne jamais juger les gens sur l'apparence, comme le conseille l'antique adage. De très jeunes filles, auxquelles on donnerait le bon Dieu sans confession, déploient des ruses d'apache pour dissimuler leur infection et en faire endosser la responsabilité à autrui. D'une manière générale, en milieu bourgeois, ce sont surtout les hommes qui apportent la contagion et sont confondus; dans le milieu populaire, il semble que ce soit la femme qui ruse davantage et soit plus souvent convaincue d'imposture.

Dans des cas nombreux, la méthode des confrontations demeure douteuse. Il faut, dans ces cas, encore davantage éviter de se montrer en justicier. Le devoir du médecin est d'être le conciliateur bien-

veillant, qui cherche à faire partager le malheur et qui, au point de vue prophylactique, s'efforce d'éteindre le plus rapidement possible les accidents contagieux.

V

LES DONNÉES CHRONOLOGIQUES
ET LE PRONOSTIC DE LA SYPHILIS

En étudiant l'importance des dates pour le diagnostic du chancre et son appréciation clinique, nous avons déjà signalé l'imprécision du temps d'incubation de la syphilis. Nous avons dit que sur l'animal, le singe (Neisser), le lapin (Finger et Landsteiner, Mulzer) les résultats expérimentalement obtenus ne sont pas concordants. Il est vraisemblable que plusieurs facteurs interviennent, tout d'abord la nature de la porte d'entrée qui peut donner une incubation raccourcie (Sabouraud, Jeanseime) ou allongée (Pearce et Brown). Il est possible que le nombre des tréponèmes infectants puisse être également la raison de ces variations : les para-

sites inoculés en grand nombre — et à plus forte raison si le lieu du contagé est vaste — coloniseront et se diffuseront plus vite que si l'infection se fait avec une certaine parcimonie.

Les expérimentateurs insistent également sur la différence de qualité des différents contaminants. Selon la souche choisie, on peut obtenir chez le singe et le lapin, des temps variables d'incubation et des formes plus ou moins sévères d'infection (Finger et Landsteiner, Plaut et Mulzer, Pearce et Brown). D'une manière générale, par des passages successifs, sur des animaux de même espèce ou d'espèces différentes, il est possible d'exalter le virus spirochetique et parallèlement d'abréger la période d'incubation. Ceci, cependant, n'est pas absolu et il est des expériences contradictoires où le même produit parasitaire, inoculé dans les mêmes conditions, à des animaux de même portée, donne lieu à des périodes d'incubation qui peuvent être différentes (Pearce et Brown).

Il existe enfin un important facteur personnel, selon les individus, l'organisme oppose une barrière plus ou moins efficace à l'envahissement parasitaire. Il existe des cas très exceptionnels mais certains d'immunité humaine naturelle vis-à-vis de la syphilis, à côté de ces types extrêmes peuvent jouer

l'allergie ou l'anergie tissulaire et humorale qui favorise ou entrave la pullulation rapide du virus. Chez certains malades, l'incubation sera-t-elle plus longue de ce fait et la virulence pathogène sera-t-elle modifiée ? Il serait intéressant de rapprocher les durées d'incubation des travaux de Dujardin et Decamps (1) sur le protéino-pronostic qu'ont bien étudié le Professeur Gougerot et Peyre (2). Par l'injection intra-dermique de 0,2 à 0,3 de protéine (hémostyl) on arrive selon les auteurs belges, à dépister le bon malade, celui qui se défend bien, du mauvais dont l'organisme lutte mal. Si le protéino-diagnostic est positif, il y a bon espoir thérapeutique, il indique la capacité de sensibilisation dont dépendront la capacité d'allergie d'abord, la capacité d'immunisation ensuite. Il résulte que dans la syphilis, l'hypersensibilité tissulaire ou allergie stigmatisée l'infection localisée, réduite à des accidents volumineux, mais fixée dans sa profession.

Ainsi donc, il faut faire intervenir vraisemblablement dans le pronostic :

(1) *Dujardin et Decamps* : Influence d'une sensibilisation expérimentale sur l'allergie et les hétéro-allergies. Bull. de la Soc. royale des Sciences mod. et nat. de Bruxelles 1924, p. 176.

(2) *H. Gougerot et Peyre* : Protéino pronostic de la syphilis par intradermo réaction de protéines non spécifique. *Le Monde Médical*, 1^{er} décembre 1927. — 1^{er} février 1928.

- 1° Le caractère de la porte d'entrée ;
- 2° La virulence des germes ;
- 3° Le nombre de parasites infectants ;
- 4° La plus ou moins grande réceptivité de l'individu.

Le temps d'incubation a-t-il cliniquement une signification pronostique ? Au premier abord, on serait porté à le croire. On peut en effet se figurer que la prise de possession brusque et sans délai de l'organisme par une maladie est l'indice certaine de sa violence et de sa gravité, tandis que les conditions adverses, c'est-à-dire une longue incubation, est un présage d'indolence et de bénignité. La pathologie générale confirme cela, l'expérience des maladies infectieuses est concordante et le danger des intoxications ne se mesure-t-il pas à la promptitude de leur action ?

Si l'on consulte les vieux syphiligraphes, on trouve quelques arguments en faveur de cette hypothèse. Il semble bien qu'au début de l'invasion européenne par la vérole, aux ^{xv}^e, ^{xvi}^e, ^{xvii}^e siècles, les temps d'incubation étaient beaucoup plus courts qu'aujourd'hui, en revanche les accidents immé-

diats étaient incomparablement plus sévères qu'actuellement.

Les auteurs du siècle dernier ont étudié avec attention la période silencieuse de l'infection et il ne semble pas, selon eux, qu'il faille tirer un argument pronostic de la longueur ou de la brièveté de l'incubation. Mauriac (1), par exemple, a recueilli 20 observations de syphilis grave, dont la durée d'incubation a pu être déterminée, nous en donnons ci-dessous le résumé.

DURÉE DE L'INCUBATION		NATURE DES ACCIDENTS
1	2 mois	Accidents cutanés et muqueux superficiels, périostose crânienne et petite tumeur linguale syphilitique.
2	2 mois	Syphilose unilatérale et circonscrite de la base du crâne à droite, hémiplegie névralgies faciales droite.
3	1 mois 1/2	Tumeurs périostiques sterno costales.
4	1 mois 1/2	Syphilis ulcéreuse grave.
5	1 mois 1/2	Pharyngopathie avec destruction d'une partie de l'isthme.
6	1 mois 1/2	Perforation du voile du palais.
7	5 semaines	Tumeur périostique des maxillaires inférieurs.
8	5 semaines	Erythème nerveux syphilitique, gommès.
9	5 semaines	Tumeurs périostiques du crâne précoces, albuminurie grave.

(1) *Ch. Mauriac* : Syphilis primitive et syphilis secondaire, 1890, p. 300.

DURÉE DE L'INCUBATION		NATURE DES ACCIDENTS
10	1 mois	Aphasie et hemiplegie droite au 4 ^e mois.
11	1 mois	Affection syphilitique du biceps (?)
12	1 mois	Arthropathies.
13	1 mois	Affection syphilitique du biceps (?)
14	1 mois	Laryngopathie.
15	1 mois	Périostite maxillaire.
16	25 jours	Syphilis gommeuse d'emblée, réfractaire à l'iodure de potassium.
17	20 jours	Laryngopathie avec plaques muqueuses ulcéreuses des cordes vocales.
18	15 jours	Laryngopathie et plaques muqueuses.
19	15 jours	Laryngopathie ulcéreuse, syphilis sévère avec plaques muqueuses généralisées et confluentes.
20	10 jours	Exostose précoce du tibia.

Mauriac estime, à titre de conclusion, qu'il est impossible de trouver dans la durée de l'incubation, un élément de quelque certitude pour le pronostic futur de la syphilis.

Il est très malaisé aujourd'hui de tenter une telle statistique, car le plus souvent, il faut bien le reconnaître, les malades sont soignés dès leur chancre et les accidents qui peuvent apparaître ultérieurement sont dûs à la négligence ou à l'indocilité des syphilitiques qui négligent leurs soins, le chancre asséché. Il est ainsi difficile de faire un parallèle entre des malades traités, mi-traités, non traités.

Le Docteur Schulmann nous a communiqué douze

observations péniblement recueillies en plusieurs années, car les malades, au bout d'un certain temps, ne se souviennent plus de l'intervalle de temps qui a pu s'écouler entre le contact infectant et le chancre. Il s'agit toujours de formes évolutives, en plein accident, non traitées par des gens qui ignoraient leur mal.

Voici le résumé de ces cas :

			TEMPS D'INCUBATION	ACCIDENTS
1	Gor. André	29 ans	1 mois	Syphilis généralisée, lésions muqueuses hypertrophiques, grosse angine.
2	Leb. Paul	34 —	3 semaines	Syphilis maligne précoce.
3	Mar. Charles	22 —	18 jours	Gomme du sterno-cléido-mastoidien 3 mois après la roséole et 5 mois après le chancre.
4	Al. Alice	25 —	27 jours	Ictère secondaire avec réaction méningée.
5	Ger. Nelly	33 —	25 jours	Méningite avec paralysie oculaire.
6	Ger. Louis	27 —	3 semaines	Ictère secondaire avec lésions cutanées secondaires.
7	Met. Raymond	29 —	5 semaines	Syphilis maligne précoce.
8	Ter. Paul	41 —	5 semaines	Ictère secondaire avec albuminurie.
9	Lin. Léa	27 —	3 semaines	Néphrite secondaire grave.
10	Jer. Samuel	40 —	17 jours	Syphilides nombreuses avec éléments ulcéreux.
11	Not. Georges	39 —	43 jours	Idem.
12	Ka. Henri	43 —	40 jours	Méningite secondaire avec grave réaction méningée. Alopecie importante.

Un rapide coup d'œil sur cette statistique résumée nous entraîne aux mêmes conclusions que Mauriac. Contrairement à ce qui se passe pour d'autres maladies infectieuses, pour le tétanos par exemple, il n'est possible de ne tirer aucune indication pronostique du temps d'incubation de la vérole.

DONNÉES CHRONOLOGIQUES ET TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Les données chronologiques sont capitales en ce qui concerne le traitement de la syphilis, car on peut dire ici en paraphrasant le dicton populaire anglais « time is money ». Les chances de guérison, ainsi que nous allons le montrer, sont en raison directe de la précocité du traitement.

Un premier geste tenté, à maintes reprises par les anciens syphiligraphes et auxquels tous ont renoncé, est l'eradication du chancre, dès son apparition, opération parfois très facile quand la lésion apparaît sur le bord du prépuce. La simple énucléation a, comme bien entendu, échoué, sauf quand il y avait erreur de diagnostic et que l'ulcération était une chancrelle. A la place du syphilome abrasé, si aucun traitement intime n'était fait, on

voyait apparaître au bout d'un temps variable un nouveau chancre, à moins que, comme le signale Cordier, il n'y ait après l'intervention, un syphilis d'emblée, décapitée. Nous n'insisterons point sur ce mode thérapeutique désuet et sans intérêt aujourd'hui.

Il est admis aujourd'hui que le chancre, accident local, qui est le témoin de l'effraction infectieuse, n'apparaît pas comme un phénomène isolé de la maladie, lorsqu'on le décèle, la syphilis est toujours généralisée. Cette question très discutée, il y a peu de temps encore, répond à l'absolue réalité, d'après les données très précises de l'expérimentation. Alors que jadis on disait la septicémie être le fait de la période secondaire, moment où les parasites gagnaient les voies lymphatiques et sanguines, nul ne conteste actuellement que cette diffusion est sinon immédiate, du moins très rapide.

Kohle, s'adressant à divers animaux d'expérience, lapin, cobaye, rat, a montré, à plusieurs reprises, que, une demi-heure après l'inoculation d'une sérosité virulente sur un point erodé de la muqueuse génitale, on retrouve le parasite en plus ou moins grand nombre dans le ganglion correspondant.

Pearce et Brown ont mis en évidence, sur le lapin, 48 heures après des inoculations variées (cor-

née, testicule) des parasites circulant dans la circulation artérielle.

Sans vouloir développer à l'envie les nombreux travaux expérimentaux dirigés dans ce sens, nous croyons démonstratives les découvertes de Kohle et Pearce et Brown. Il est certain que lorsque le chancre apparaît, il y a dissémination déjà du parasite, en un mot véritable septicémie.

Nous croyons que c'est une erreur de vouloir séparer le syphilis animal et le syphilis humain, et nous ne tenons nullement pour valable la réserve faite par quelques-uns, que, chez l'animal recevant une inoculation massive de produits virulents, la généralisation doit être plus précoce que chez l'homme, contaminé au niveau d'une érosion insignifiante par de rares spirochètes.

Ainsi donc, il faut traiter le plus vite possible, la rapidité de la diffusion des germes justifie la hâte et rend trompeurs et illusoires les méthodes abortives qui, d'ailleurs, sont aujourd'hui abandonnées par des syphiligraphes et non des moindres.

Avant les arsenobenzènes, on utilisait le mercure, qui pouvait empêcher l'éclosion, accidents secondaires dans les cas favorables, mais bien souvent les éruptions tardives étaient visibles. Actuellement,

le 914 et même le simple bismuth empêchent à coup sûr roséole et secundarisme. Ici intervient une discussion chronologique du plus haut intérêt, mais des plus ardues, d'autant qu'on y fait intervenir comme critérium habituel la réaction de Wassermann, ce qui ne simplifie pas le problème.

Peut-on guérir le syphilis et peut-on préciser une durée au traitement ? Partant de l'étude de quelques notions chronologiques sur la vérole, nous aboutissons ici au chapitre majeur de sa thérapeutique. Nous y sommes entraîné par deux tendances, la première qui tend — pour donner au praticien une vision plus claire de ce qu'il doit faire — à codifier dans le temps les années de traitement et même dans les années les séries de remèdes à prescrire avec l'indication des doses ; la seconde, due à l'influence de Verne, voudrait pouvoir sous le nom de syphilimétrie mesurer avec précision l'infection.

Le premier devoir du médecin est de soigner au plus tôt et avec une énergie suffisante. Ici encore on peut invoquer le témoignage et l'expérimentation. Mulzer, sur le lapin, a montré qu'en traitant par des sels d'arsenic actifs l'animal inoculé dans les premiers jours qui suivent l'infestation, on peut faire disparaître complètement les traces de la syphilis : l'animal peut être réinoculé quelques

mois plus tard avec une provision de la même souche (pour qu'on ne puisse pas invoquer une super-infection), et d'autre part, si l'on prend des fragments d'organes habituellement virulents (foie, moelle osseuse, rate) au premier lapin, il n'est possible avec ceux-ci de ne faire aucune transmission possible. Après huit jours d'infection, il est rare d'arriver au même résultat et l'expérimentateur allemand n'est pas loin d'admettre que la syphilis léporidienne ne guérit pas.

Il est donc de toute nécessité de traiter d'urgence la syphilis primaire et aussi de tenter de faire avorter l'infection. Ici se pose la délicate question des traitements abortifs. Doit-on faire à un malade qui s'est mis dans le cas de contracter la syphilis avec une femme de toute évidence contagieuse ? Il y a intérêt à le faire si les injections de 914, faites dès le début à doses importantes, peuvent être prescrites dans les premières heures, ou même dans les deux premiers jours, sinon nous croyons qu'il vaut mieux laisser au malade le soin de courir sa chance. L'argument suivant nous frappe, c'est que beaucoup de patients ainsi traités, la première cure terminée, n'ayant vu aucune lésion, leur réaction de Wassermann étant toujours demeurée négative, abandonneront tout remède, soit qu'ils se croient

guéris définitivement, soit qu'ils pensent avoir été traités pour une affection imaginaire.

En dehors du traitement purement abortif, il est classique de reconnaître une importance considérable au sens de la réaction de Wassermann, le pronostic de guérison devant être infiniment plus favorable si le sujet est traité avant que la réaction sanguine soit positive, à la période présérologique.

Une longue discussion a eu lieu il y a quelques années à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (1) pour savoir quelle devait être la durée du traitement. Les auteurs se sont mis à peu près d'accord sur les bases suivantes : si le traitement est institué en période présérologique, s'il est conduit avec énergie et continuité, il peut être réduit à un minimum de deux ans. Si, par contre, la médication n'est entreprise qu'en période sérologique, elle doit être poursuivie pendant trois ans et demie ou quatre ans. C'est là une tactique bien absolue et, croyons-nous, dangereuse. La valeur curative de la cure varie non seulement selon les doses administrées, mais aussi selon des facteurs personnels que nous avons déjà nommés : quantité et virulence des germes, susceptibilité du malade.

(1) In. Bul. de la Soc. franç. de Dermot. et de Syphil. du 25 novembre 1920.

Le praticien ne doit pas, au bout de quatre années, même si les réactions sérologiques (sanguine et cephalo-rachidienne) sont négatives, abandonner son malade, qui devra rester sous sa surveillance. Beaucoup de syphiligraphes, après avoir frappé vite et fort, selon la formule, conseillent à leur patient, de faire chaque année à la façon d'une assurance, une cure tour à tour bismuthique ou arsenicale à titre d'entretien, sans préjudice d'ailleurs d'une réaction de Wassermann.

Certains spécialistes ont voulu appliquer des chiffres précis au traitement de la vérole : sous le nom de syphilimétrie, Vernes (1) mesure au photomètre, prétend-il, l'évolution de l'infection. Nous ne discuterons pas cette idée infiniment criticable, mais le même auteur a voulu affirmer la guérison dans le temps de la syphilis, en prenant pour base des données numériques. Tout syphilitique serait à l'abri des récidives s'il satisfait à la loi suivante :

Teinte 8 pendant 8 mois par le sérum sanguin à partir de la dernière injection arsenicale et teinte 8 dans le liquide cephalo-rachidien à l'expiration de cette période.

(1) A. Vernes : Les étapes de la syphilimétrie, 1922, Paris.

La plupart des syphiligraphes se sont élevés contre les dangers d'une telle formule, susceptible d'entraîner des désastres. L'affirmation déjà très discutable pour un malade traité dès la période présérologique, mais pour le malheureux soigné en période secondaire, quelle imprudence de suspendre brusquement un traitement sur la seule foi de réaction serologique. Les exemples ne se comptent plus où des trêves se sont prolongées au delà de un an, l'infection récidivant de plus belle. Ce sont là des données chronologiques que le praticien fera bien d'ignorer, en s'en tenant aux conceptions classiques.

CONCLUSION

1° L'interrogatoire du malade, acte clinique élémentaire, est particulièrement précieux en syphiligraphie. Il faut reconnaître qu'en cette matière, la vérité n'est pas toujours avouée, mais plus souvent qu'on ne le veut croire, les patients sont de bonne foi. Il importe de gagner la confiance du malade, qui peut très bien ignorer son infection, soit que son chancre ait passé inaperçu ou ait été ignoré, soit que, considéré comme une lésion banale, il ait oublié, soit qu'il s'agisse d'une syphilis sans chancre, décapitée.

2° Il importe de préciser certaines dates au cours de la syphilis primaire. La durée plus ou moins longue du temps silencieux l'incubation permettra de diriger le diagnostic vers la chancrelle ou le syphi-

lome, constatation qui peut avoir son prix, si la lésion est cliniquement douteuse et que le praticien ne dispose pas d'un microscope.

3° Il faudra ne pas oublier certaines évolutions de chronologie anormales, telle que la roséole de retour qui, de nombreuses années après l'accident primaire, peut apparaître avec un cortège d'accidents contagieux.

4° L'étude précise des symptômes peut permettre de les situer dans le temps et de rendre des services à la médecine légale, par exemple pour départager deux sujets qui s'accusent de s'être réciproquement contaminés.

5° Les données chronologiques ont peu d'importance en ce qui concerne le pronostic, contrairement à ce qui a lieu pour la plupart des maladies infectieuses, la durée de temps d'incubation est sans influence sur le développement ultérieur de l'infection.

6° Les données chronologiques ont plus d'importance en ce qui a trait à la thérapeutique. On a voulu peut-être, un peu trop schématiquement, donner des durées précises au traitement : deux ans

si le malade est soigné de la période présérologique, trois ans et demi à quatre ans s'il y avait une réaction de Wassermann positive. Un principe domine le problème : il faut traiter vite et fort et se souvenir que les différentes infections ne se ressemblent pas. Quoi qu'il en soit, le syphilitique doit être sa vie durant sous la surveillance au moins annuelle du médecin.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

I. La valeur du témoignage des syphilitiques.....	9
II. Importance des dates pour le diagnostic du chancre..	19
III. Erreurs chronologiques à ne pas commettre.....	29
IV. Importance médico-légale des renseignements chrono- logiques	33
V. Données chronologiques et pronostic de la syphilis..	43
VI. Données chronologiques et traitement de la syphilis..	53
Conclusions	61

Imprimerie Spéciale de la Librairie Marcel Vigné, Paris.
